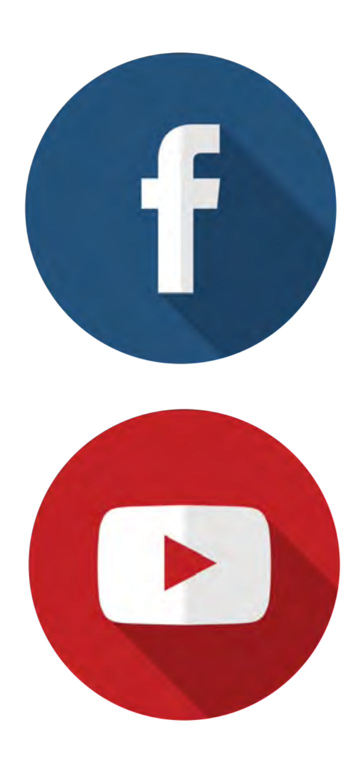
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







Cancer du pancréas

Dr Kheloufi .M

Chirurgie oncologique A

Cpmc –Alger

26 janvier 2017

Plan

- Introduction
- Epidémiologie
- Anatomie
- Anapath
- Diagnostic
- Bilan d'extension
- Traitement
- Conclusion

Introduction

- le cancer du pancréas exocrine: plus fréquent .
- Adénocarcinome canalaire 90%
- incidence augmente avec l'âge 65 – 75 ans
- Sexe ratio 1,5
- localisation céphalique
- diagnostic à un stade avancé
- chirurgie est le seul traitement curatif 10%
- survie médiane 8 et 24 mois
- Survie à 5 ans 20 %

Epidémiologie

- plus fréquent dans les pays industrialisés
- 10 ème cancer en termes de fréquence
- 4 éme cancer digestif
- Incidence dans le monde 1 à 10/100 000 h
- 9.5 chez l'homme et de 6,3 chez la femme (France 2015)
- registre des tumeurs d'Alger : 1,4 / 100000 H
  0,9 / 100000 F
- Age moyen 75 ans
- Sexe ratio: 1 - 1,5
- la cinquième cause de décès par cancer 403 600 décès dans le monde 2015

Facteurs de risque

- Tabac (X 5)
- Alcool
- Obésité IMC > 30
- Diabète (X 2)
- Toxines industriels
- Pancréatite chronique
- cancer du pancréas familiale
- Pancréatite héréditaire






Lésions précancéreuses

- **Lésions bénignes kystiques:**

– **Les cystadénomes séreux :** représentent 30% de ces tumeurs ;(femme). tumeurs bénignes.

– Les cystadénome mucineux : représentent 45 % de ces tumeurs (femme). Ce sont des lésions à potentiel incertain qui évoluent dans 5 à 35 % des cas vers un **cystadénocarcinome mucineux.**

– **Les tumeurs intracanalaires papillaires mucineuses du pancréas (TIPMP):** (homme) et représentent 25 % des tumeurs kystiques.

le risque d'évolution maligne atteint 60 % à 90 % ; canal pancréatique principal ,5 % branches collatérales.

- **Tumeurs solides pseudo-papillaires:(FRANTZ)** 2% des kc

fréquentes chez la femme, potentiel de malignité incertain.

- **les Pan IN (pancreatic Intraepithelial Neoplasia):** lésions intra épithéliales dysplasique

Prédispositions génétique

- **Cancer pancréatique familiale:**

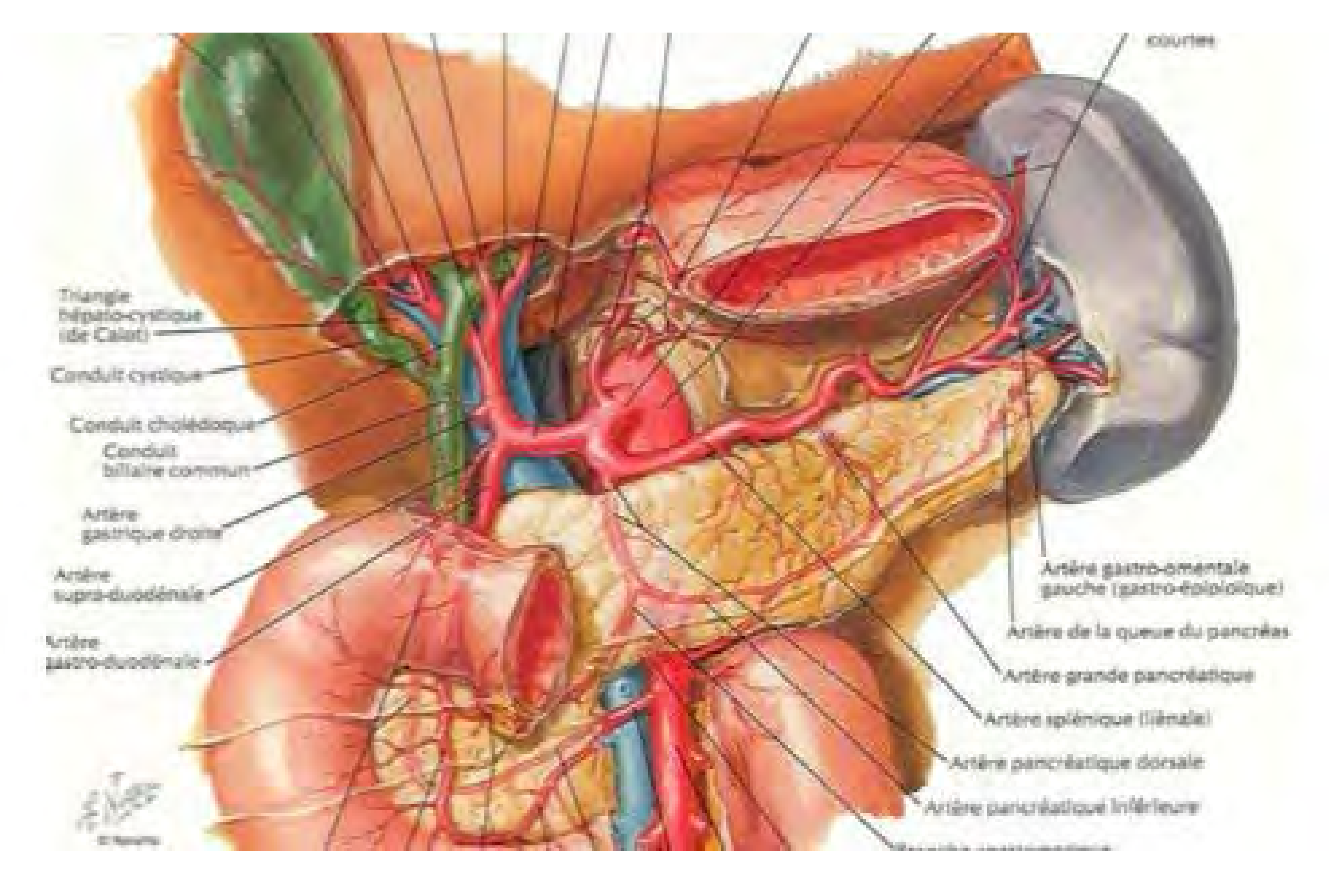
présence de 2 cas dans la famille proche au 1er ou au second degrés, il n'y a pas de pancréatite chronique sous jacente, le risque relatif si présence de 3 cas dans la famille est multiplié par 32.

- **Pancréatite héréditaire:**

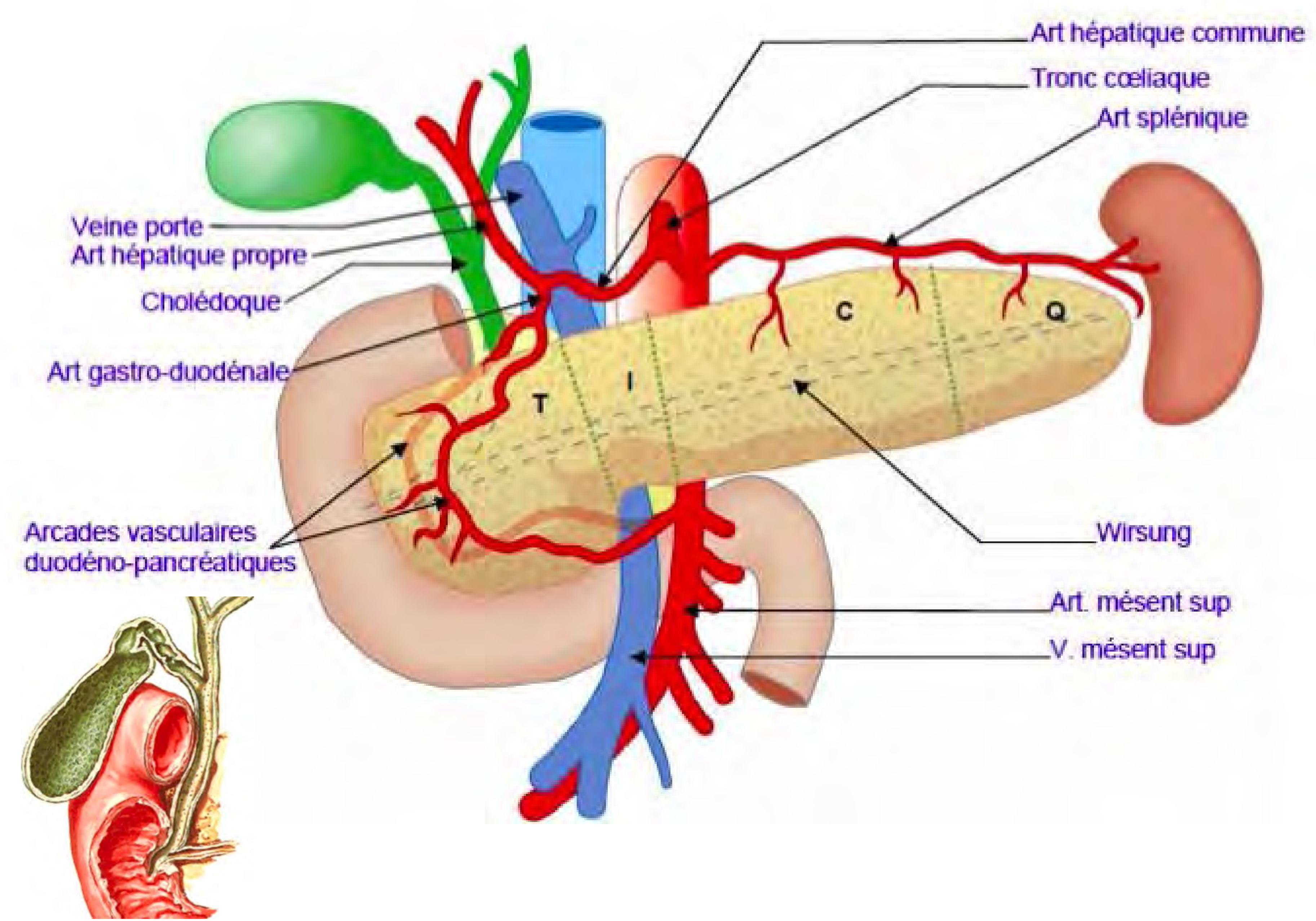
caractérisée par la présence de poussée de pancréatite aigues dans l'enfance, le risque de développer un cancer à l'âge adulte est de 40%. Ce risque augmente avec l'âge.

- **Syndromes associés au cancer du pancréas:**
  - syndrome de Peutz- Jeghers
  - mélanome familiale multiple atypique
  - mucoviscidose, cancer familiale de l'ovaire et du sein,
  - syndrome de Lynch, PAF, syndrome Ataxie télangiectasie.

Anatomie



Triangle hépato-cystique (de Calot)
Conduit cystique
Conduit cholédoque
Conduit biliaire commun
Artère gastrique droite
Artère supra-duodénale
Artère gastro-duodénale
Artère gastro-omentale gauche (gastro-épiploïque)
Artère de la queue du pancréas
Artère grande pancréatique
Artère splénique (liénale)
Artère pancréatique dorsale
Artère pancréatique inférieure


Art hépatique commune
Tronc cœliaque
Art splénique
Veine porte
Art hépatique propre
Cholédoque
Art gastro-duodénale
T
I
C
Q
Arcades vasculaires
duodéno-pancréatiques
Wirsung
Art. mésent sup
V. mésent sup

Vue antérieure

Nœuds gastriques gauches

Nœuds hépatiques

Nœuds pyloriques

Nœuds spléniques (liénaux)

Nœuds pancréatiques supérieurs

Nœuds cœliaques

Nœuds mésentériques supérieurs

Nœuds pancréatico-duodénaux

Nœud cystique (de Calot)

Veine porte hépatique

Nœuds cœliaques

Vue postérieure

Nœuds pancréatiques supérieurs

Veine splénique (liénale)

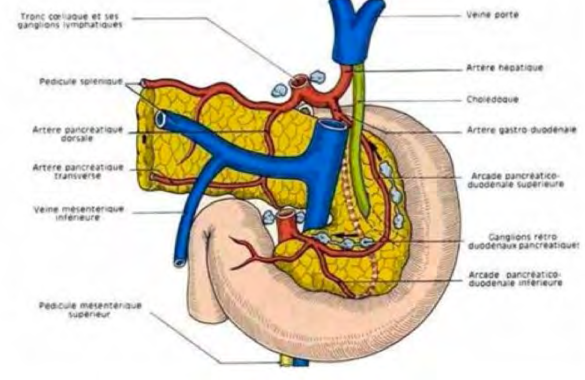
Veine mésentérique inférieure

Artère et veine mésentériques supérieures

Nœuds hépatiques le long des conduits biliaires et de l'artère hépatique propre

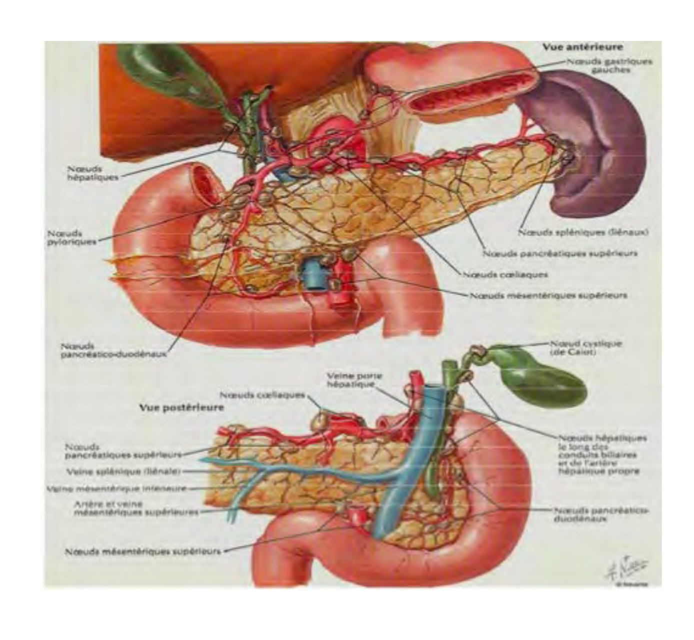
Nœuds pancréatico-duodénaux

Nœuds mésentériques supérieurs



Anatomie pathologique

- Adénocarcinome canalaire 75 – 95 %
- Localisation :
  - céphalique 70 %
  - corps 20 %
  - queue 10 %



- extension :
  
  - locale : organes de voisinage , vasculaire
  - régionale : ganglionnaire ++++
  - distance : foie , poumon , carcinose

Classification TNM de UICC 2009

Tumeur (T)

- Tis: carcinome in situ
- T1: tumeur limitée au pancréas, de moins de 2 cm
- T2: tumeur limitée au pancréas, de plus de 2 cm
- T3: tumeur étendue au duodénum, voies biliaires, tissu péripancréatique
- T4: tumeur étendue à rate, estomac, côlon, gros vaisseaux

Ganglions lymphatiques (N)

- N0: pas de noeud lymphatique régional atteint
- N1a: atteinte d'un noeud lymphatique régional
- N1b: atteinte de plusieurs noeuds lymphatiques régionaux

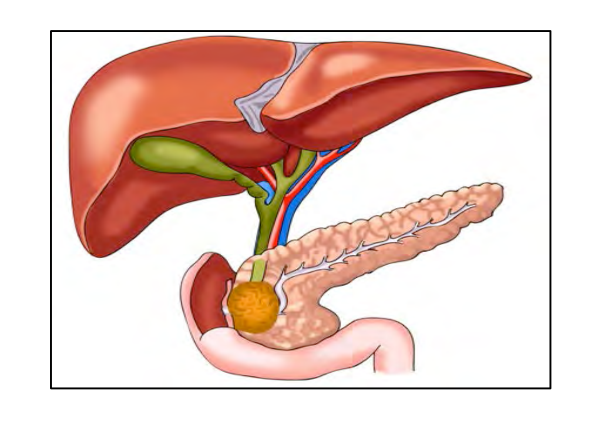
Métastase à distance (M)

- M0: pas de métastase à distance
- M1: métastases à distance

Diagnostic

- C'est un diagnostic de présomption basé sur
  - la Clinique
  - la Biologie
  - la Radiologie
- Le Diagnostic de certitude c’est la Preuve histologique ou cytologique

Clinique



- Dépend du siège de la tumeur
- Stade avancé de la maladie

- Ictère cutanéo muqueux: (tête)

Ictère évoluant d'un seul tenant du jaune verdâtre allant au bronze florentin







- anorexie , Asthénie
- Amaigrissement
- douleurs épigastriques intenses tansfixiantes (corps)
- diarrhée , stéatorrhée
- diabète inaugurale
- syndrome de masse abdominale (queue)
- ascite (carcinose péritonéale)
- hépatomégalie (métastases)

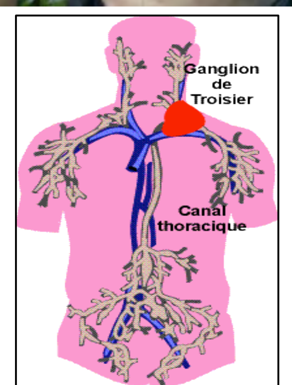


Examen clinique



- Examen clinique complet
- Normal
- ictère (syndrome cholestase clinique)
  urines foncées et selles décolorées
- Lésions de grattage cutanée
- prurite féroce
- Hépatomégalie
- Ascite
- Masse abdominale
- Ganglion sus claviculaire gauche (gg de troisier)





- **Vésicule biliaire palpable + ictère cholestatique**
  loi de Courvoisier et Terrier

Biologie

- **Cholestase biologique :**

- Elévation de la Bilirubine totale à prédominance directe
- Elévation des Phosphatases alcalines et des Gamma GT
- Légère élévation des Transaminases
- Elévation TP bas qui se corrige avec l'administration de vitamine K pendant 3 jours: **Test de koller positif**

- FNS : (anémie, hyperleucocytose)
- urée , glycémie, créatininémie (IR, diabète inaugural)
- Electrophorèse des protides et taux d'albumine
- Hypercalcémie
- bilan pancréatique : pancréatite associée
- **Marqueurs tumoraux :**

  - ACE : élevés dans 60 – 70 %
  - CA 19 9 : élevés dans 80 %

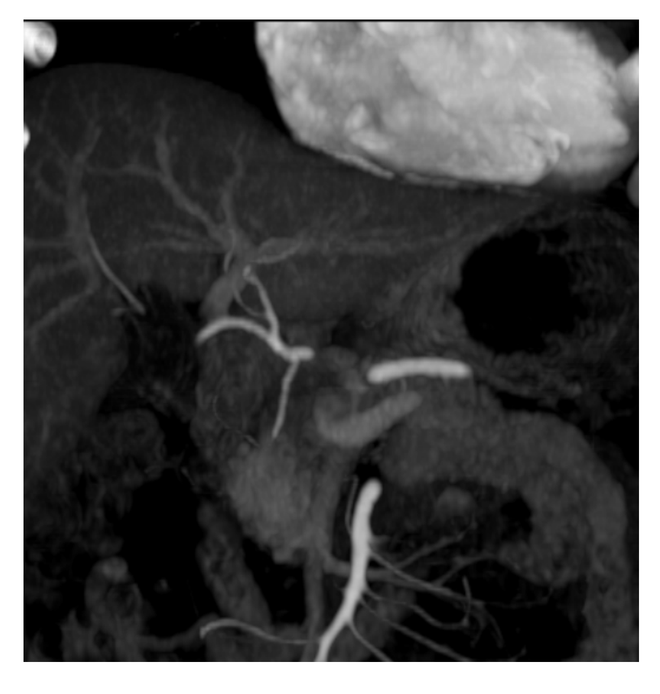
Radiologie

- **Echographie abdominale :**

- première intention
- dilatation VBP et des VBIH avec ou sans obstacle
- vésicule biliaire distendue
- masse tumorale pancréatique
- dilatation du canal de Wirsung
- métastases hépatiques
- ascite

scanner thoraco-abdomino-pelvien : (tri phasique foie)

- essentiel pour le diagnostic et pour la stratégie thérapeutique
- tumeur et ces rapports srtt vasculaire
- les ganglions
- les métastases à distance





- **IRM:**

Na pas de place dans le diagnostic et le bilan d'extension

pas meilleure que le scanner

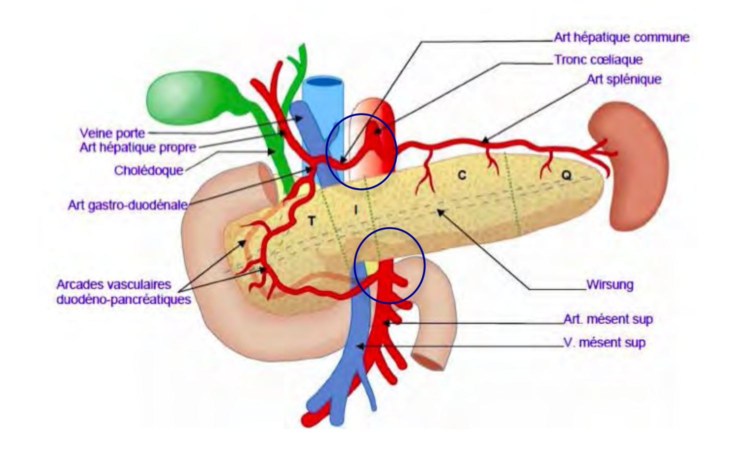
Indiquée si CI de scanner

Bonne appréciation de la VBP et du wirsung

- **Échoendoscopie:**

- sensibilité pour les petites tumeurs
- bilan d’extension locorégionale
- le statut ganglionnaire , extension vasculaire
- Permet des biopsies trans gastriques ou trans duodénales

- Tumeurs non résécables (80%) :
  - envahissement vasculaire
  - métastases à distance
  - carcinose péritonéale



- tumeurs à Résécabilité douteuse (10%):

  - compléter l'exploration par écho-endo rapports vasculaires , biopsie, Ou IRM si doute sur métastases hépatique

- Tumeurs résécables (10%)

- Le dossier doit être discuté en

Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) :

- Gastro entérologie
- Radiologue
- Oncologue médical
- Chirurgien oncologue
- Anapath
- Anesthésiste réanimateur

Formes cliniques

- **Topographique :**

- corps :

Douleur épigastrique paroxystiques , intense, prolongées à irradiation postérieure responsable souvent de l'attitude en chien de fusil.

Altération majeur de l'état général

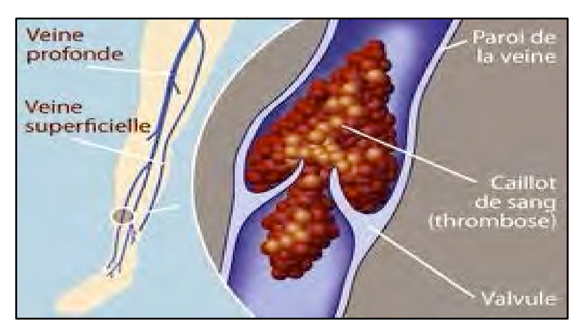
l'examen clinique souvent sans anomalies

- queue du pancréas :

Longtemps latent et souvent découvert au stade de grosse tumeur de l'hypochondre gauche

- **atypique :**

- pancréatite aigue ou chronique récidivante
- paranéoplasique (phlébites récidivantes)
- métastatique d'emblée
- diabète inaugurale ou déséquilibré



Diagnostic différentiel

Douleur épigastrique:

- UGD (douleur post prandiale, FOGD)
- Pancréatite aigue (amylasémie, lipasémie)
- IDM (douleur, ECG)

l'ictère:

- Tous les ictères médicaux (biologie)
- l'ictère cholestatique:

- LVBP (la sémiologie de l'ictère ; fluctuant car obstacle lithiasique incomplet à la radiologie: LV et LVBP
- Cancers du hile: pas de grosse vésicule et absence de dilatation VBP

Masse abdominale gauche:

- Splénomégalie
- Cancer de la grosse tubérosité gastrique
- Tumeur de l'angle colique gauche
- Tumeur du rein gauche
- Tumeur de la surrénale gauche

Traitement

- La chirurgie reste le seul traitement curatif
- Elle n'est possible que dans 10 – 15 %
- Après correction de l' homéostasie :
- Alimentation hyperprotéique hypercalorique
- Correction des troubles hydro électrolytiques.
- Equilibrer un diabète
- Correction de la fonction rénale
- Correction d'une anémie
- un drainage biliaire (endoscopique ,radiologique) ictère
- Vit K correction du TP
- Antibiothérapie (angiocholite ……..)

- Pour les cancers de la tête du pancréas :

duodéno-pancréatectomie céphalique + chimiothérapie adjuvante

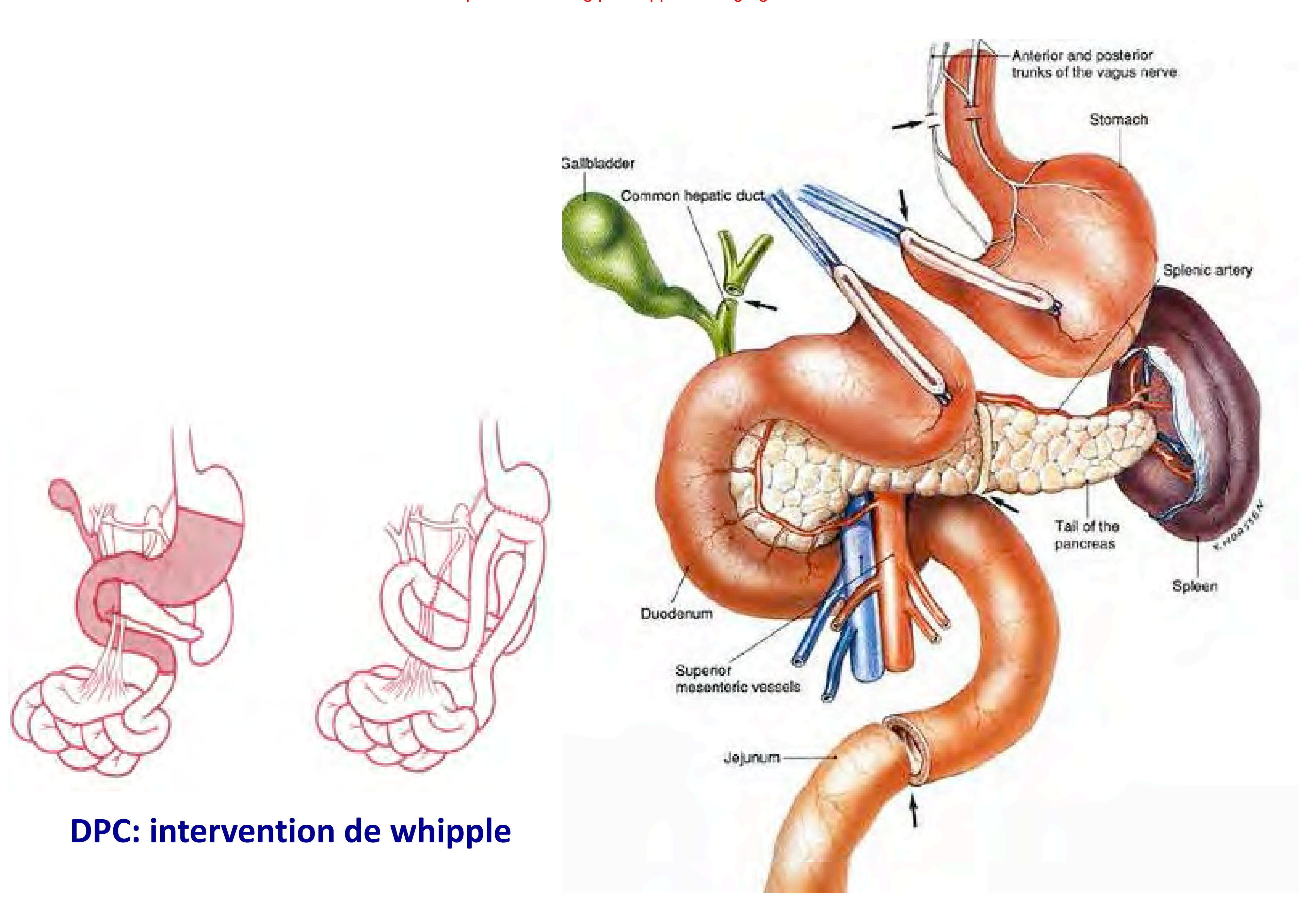
- Cancer de la queue:

Spléno-pancréatectomie caudale + chimiothérapie adjuvante

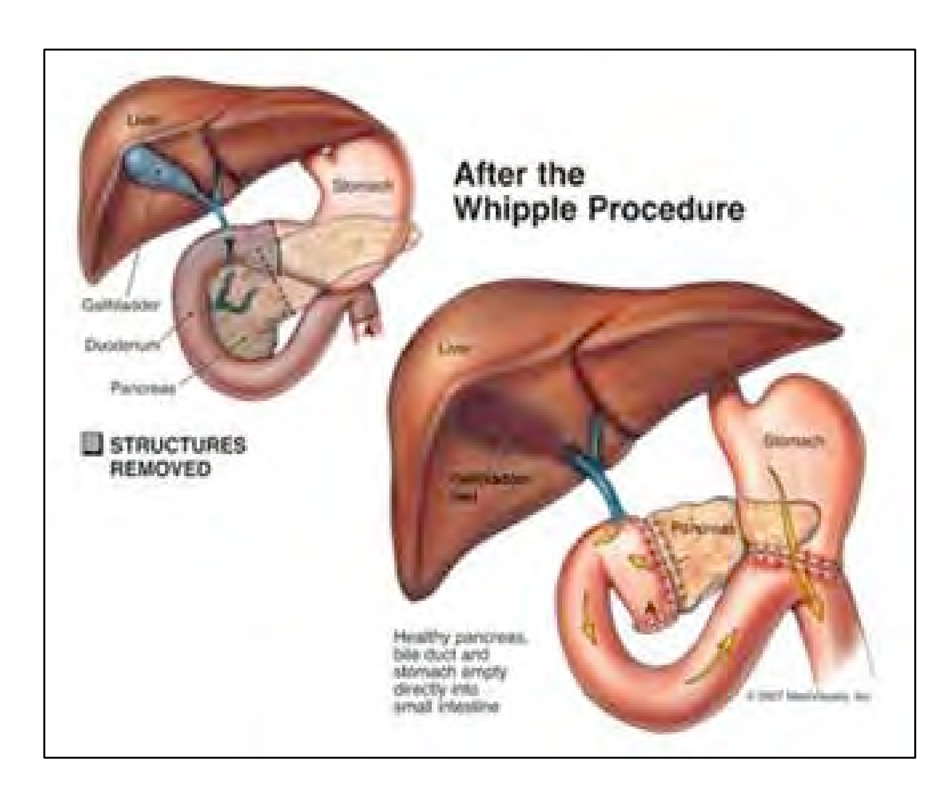
- Pour les lésion non résécables et/ou métastatiques: **chimiothérapie palliative**

- Pour les lésions borderline: (Bx)

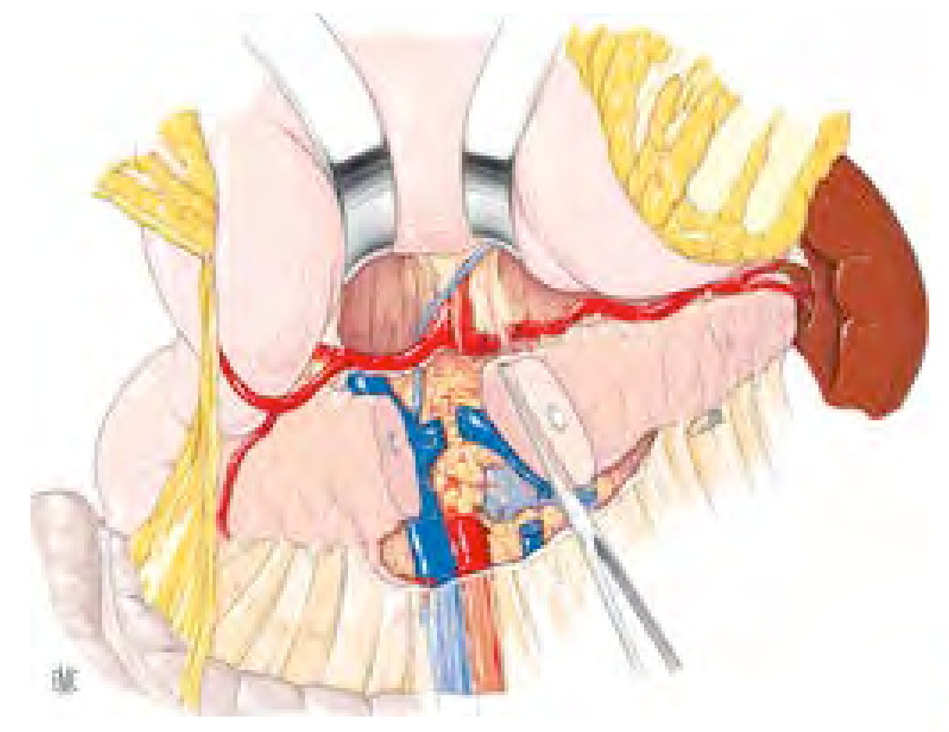
chimiothérapie néoadjuvante , radiochimiothérapie néoadj

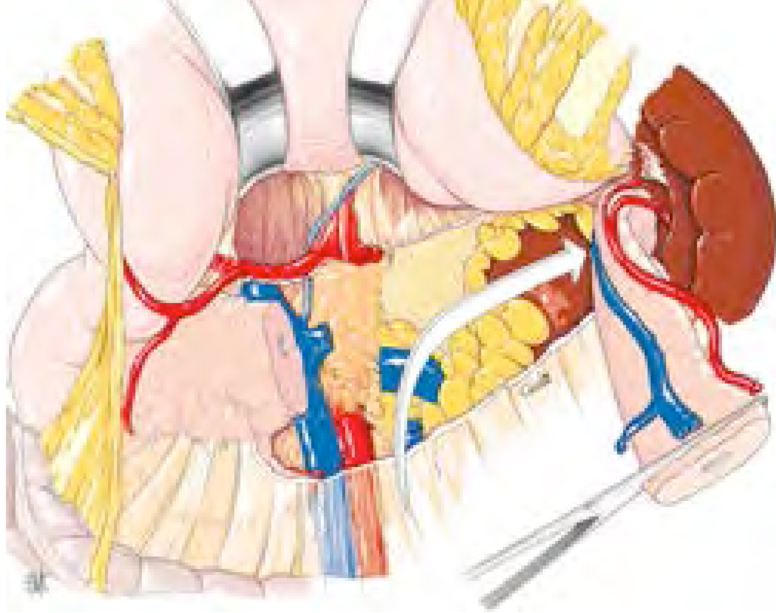


DPC: intervention de whipple



Montage de Child





Les traitements palliatifs:
Dérivation endoscopique ou chirurgicale
chimiothérapie
Traitement de la douleur ++++++

Best supportive care



- Diagnostic tardif
- Ictère et altération de l'état général
- Intérêt du scanner TAP
- adénocarcinome canalaire céphalique
- le seul traitement curatif ; chirurgie (10 – 15 %) DPC
- la survie globale à 5 ans est 5 %.
- En cas de chirurgie curatrice suivie de chimiothérapie 20 % à 5 ans.
- prise en charge multidisciplinaire